



AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DESENVOLVIMENTISTA

Roseli Martins Tristão Maciel⁸

Resumo

O presente trabalho propõe-se a analisar a questão da saúde no contexto das discussões, surgidas a partir da Segunda Guerra Mundial, cujo foco era a inserção do Brasil na política e economia mundiais, quando a questão do subdesenvolvimento foi colocada de forma incisiva e levou à procura de novos elementos explicativos por parte dos estudiosos. Assim, surgiu à concepção do “capital humano”, para a qual, a saúde da população de um país, estaria diretamente relacionada à promoção de seu desenvolvimento. O objetivo é demonstrar o quanto essa concepção, muito embora ultrapassada, sob o ponto de vista acadêmico, ainda se faz presente nas propostas das políticas públicas de saúde, na atualidade.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde; Desenvolvimentismo.

Abstract

The present paper proposes to analyze the health issue in the context of the discussions that emerged from World War II, whose focus was the insertion of Brazil in world politics and economy, when the issue of underdevelopment was placed incisively and led to the search for new explanatory elements by scholars. Thus, it came to the conception of "human capital", for which the health of the population of a country would be directly related to the promotion of its development. The objective is to demonstrate how much this conception, although outdated, from the academic point of view, is still present in the proposals of public health policies, nowadays.

Keywords: Public policy; Health; Developmentalism.

Introdução:

Este estudo objetiva analisar a importância que a questão da saúde adquire no Brasil e no mundo, a partir do momento em que os Estados nacionais e seus governantes sentiram necessidade de mobilizar-se para promover o desenvolvimento econômico e intervir na

⁸ Doutora em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente do curso de História da Universidade Estadual de Goiás.



dinâmica social, em todos os seus aspectos, após o fim do segundo conflito mundial na década de 1940.

A saúde, bem como, outros fenômenos e características inerentes aos seres humanos, após a Segunda Guerra Mundial, passou a ser percebida como promotora do desenvolvimento econômico, contrariando as concepções anteriores que o consideravam como resultado direto das atividades relacionadas ao mercado, ao capital e ao trabalho. A crise dos valores liberais predominantes até aquele instante proporcionou o aparecimento de outros tantos valores, de características bastante subjetivas, cuja compreensão demandava o auxílio das áreas de conhecimento das ciências humanas e sociais. E, assim apareceu a concepção de capital humano, na tentativa de explicar que para a ocorrência do desenvolvimento econômico não bastavam os fatores materiais objetivos e quantitativos, porém, fazia-s necessário considerar outros tantos, de ordem qualitativa e subjetiva.

A idéia aqui é demonstrar que as mudanças efetuadas nas políticas públicas nacionais direcionadas a saúde a partir de sua reforma e às propostas de ajuste neoliberal para esse setor, as quais tiveram início na década de 1980, não se livraram da concepção que relaciona saúde e desenvolvimento de forma naturalizada, ou seja, como uma simples relação de causa e efeito. Isso porque aborda a questão sem estabelecer as múltiplas relações que perpassam e envolvem a saúde em todo seu contexto mais amplo, sem considerar que sua promoção implica inúmeras situações que estão diretamente ligadas as relações de poder, aos interesses do capital nacional e internacional e, por último, a fatores de ordem cultural.

Neste artigo buscaremos, portanto, apresentar uma discussão sobre a questão da saúde na perspectiva das propostas de desenvolvimentismo nacional, considerando as relações de poder estabelecidas entre os diferentes sujeitos no contexto do processo de implantação e desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

O objetivo mais amplo, deste texto, consiste em analisar a questão da saúde no Brasil que, durante grande parte do século XX, foi considerada como consequência direta do desenvolvimento e industrialização e, ainda, conhecer como se estabeleceram as relações entre os vários grupos de interesse e de dominação para manutenção e reprodução da economia capitalista frente às diferentes reivindicações das classes trabalhadoras relacionadas aos bens de saúde.



Para tanto, buscaremos enfatizar as abordagens que tratam esta questão numa perspectiva dialética, qual seja, do materialismo histórico, o qual considera as necessidades e posições dos diferentes sujeitos em suas relações antagônicas, no contexto das mudanças provenientes da produção capitalista. Segundo Wenceslau Neto “... O conflito que se estabelece entre as classes tem por origem a diferença de interesses entre elas: a realização da acumulação burguesa requer a eliminação do poder de decisão da classe trabalhadora, é necessário vencê-la e submetê-la aos seus desígnios” (NETO, 1997:117).

A questão da saúde, portanto, é um fenômeno que constitui manifestação concreta das formas através das quais se reproduzem as relações sociais de produção e, de maneira semelhante a outros tantos problemas sociais, manifesta-se nas práticas políticas e ideológicas, acabando por constituir-se em objeto de políticas do Estado.

Saúde no contexto do capitalismo

No século XIX, no momento em que o processo de acumulação capitalista ultrapassou seus próprios limites, isto é, quando ocorreu a acelerada urbanização e desenvolvimento industrial, surgiram às primeiras grandes instituições leigas de saúde, as doenças passaram a compor um dos quadros fundamentais de atenção, por parte do poder público. O cuidado com os doentes deixou de ser de responsabilidade das instituições religiosas e foi transferido para o Estado. A partir de então, os governantes ficaram responsáveis pela promoção dos mecanismos de acesso aos bens de saúde, em nome da defesa e do bem estar da coletividade.

A questão da saúde, portanto, emergiu como problema social ligada à formação do mercado de trabalho no interior das economias capitalistas e às atividades urbanas industriais. Sendo assim, o desenvolvimento capitalista conferiu um caráter social à saúde em função do avanço da divisão social do trabalho e de seu assalariamento, quando a posição existencial dos indivíduos, dos grupos e classes viram-se oprimidos frente suas condições de trabalho e de sobrevivência. Esses problemas ganharam foros políticos e passaram a fazer parte da problemática do poder, qual seja, de criar estratégias de atração e retenção de mão-de-obra.

A promoção da saúde da população, neste contexto, tornou-se parte dos interesses do Estado em função das circunstâncias históricas específicas que caracterizam as sociedades de



economia capitalista. O conhecimento médico científico tornou-se coadjuvante para a implantação das principais propostas desse sistema econômico, qual seja: modernização, urbanização e desenvolvimento econômico.

Os profissionais da saúde, por sua vez, desempenharam papel central no processo de estatização das medidas de prevenção, combate e controle das doenças. Graças à autoridade científica de que são revestidos, encarregaram-se dos planejamentos, fundamentados de conotação científica, da organização, da constituição e até da implantação dos serviços médicos e hospitalares (MACHADO, 1988).

Para Cecília Donnangelo (1975) a medicina ganhou caráter social concomitante ao processo de industrialização e modernização capitalista e suas práticas tornaram-se modalidades particulares de articulação entre as diferentes instâncias de poder, agências e instituições encarregadas das questões sociais, bem como, com os grupos sociais alijados de poder e, para os quais, essas práticas são destinadas, no sentido de manutenção do *status quo*. Para esta autora, o médico na época contemporânea, pertence a uma das categorias profissionais que se definem no espaço organizacional de trabalho e que estão direta e estreitamente relacionadas ao contexto econômico, social e político.

Políticas públicas de saúde

Segundo Celina Souza, o recente reconhecimento do campo de conhecimento denominado Políticas Públicas deve-se, dentre outros, ao fato da maioria dos países em desenvolvimento não terem conseguido desenhar políticas públicas capazes de promover a inclusão social de grande parte de sua população (SOUZA, 2002).

Consideramos políticas públicas, da perspectiva aqui adotada, como o resultado do embate entre projetos formulados por frações da classe dominante e institucionalizadas e das camadas subalternas no âmbito da sociedade civil, uma vez que de sua dinâmica e capacidade organizacional, decorre o menor ou maior poder de barganha em prol de seus interesses junto às mais variadas agências do poder público estatizado, processo dinâmico e em permanente redefinição.

De uma forma geral, os estudos sobre saúde e economia capitalista e, por conseguinte, sobre políticas públicas de saúde, situam, o problema como questão “naturalizada”, que toma



o Estado como entidade em si mesma, sem qualquer questionamento mais profundo acerca de seu caráter enquanto relação social. Essa modalidade de abordagem do tema pende mais para uma ênfase política, consistindo nos mecanismos da dita dominação burguesa, do sistema capitalista ou mesmo dos processos políticos, deles derivando, quase que “automaticamente” as determinações dos interesses a serem contemplados pelas políticas de saúde.

A saúde pública, portanto, é questão que tem sido enquadrada pela historiografia de forma indireta e através, principalmente, das análises sobre a Revolução Industrial. Inúmeros debates são suscitados, embora a grande maioria deles coloque as demandas e soluções relacionadas à saúde, como sendo ações derivadas, exclusivamente, das frações da classe hegemônica da sociedade capitalista.

Para o conjunto dessas análises o que teria ocorrido no processo histórico seria, portanto, a implementação de políticas públicas de saúde de caráter eminentemente pontual e estatal como decorrência lógica do desenvolvimento urbano e industrial. Ou seja, o Estado intervindo diretamente na implantação de sistemas de saúde pública na medida e na proporção do desenvolvimento do sistema capitalista de produção.

Destarte, as relações de poder responsáveis pela implantação das políticas de saúde são bastante secundarizadas ou ignoradas pela historiografia. Outrossim, é quase que totalmente apagada, dessa história, a memória das camadas subalternas, suas lutas, reivindicações e conquistas por melhores condições de vida, quando isto implica o acesso aos serviços de saúde.

Segundo W. Neto,

(...) não se deve imaginar que os avanços e conquistas da classe trabalhadora sejam dádivas do Estado: (...) são frutos resultantes da luta dessas classes. E a classe trabalhadora sabe o preço que pagou por cada um deles. Contudo, de certa forma, a luta é transferida para o interior do Estado e este passa, igualmente, a *aparecer* como um mecanismo de mediação das classes e não de dominação por uma delas (*Op. Cit*, p.119).

A saúde nos primórdios da modernização brasileira

No início do século XX, quando a recente República brasileira vivia um cenário de transformações político-sociais, de incipiente industrialização, a saúde emergiu como questão



social, portanto, foi na primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro que à saúde tornou-se revestida de seu caráter social.

Entender a emergência da questão da saúde como responsabilidade do poder político, no Brasil, pressupõe a compreensão da estrutura e dinâmica da economia exportadora capitalista cafeeira. Tendo seu movimento dominado pelo capital comercial, pode-se visualizar esta economia como que desdobrada em dois segmentos: seu núcleo agrário – produção de alimentos exportáveis e para consumo interno – e um segmento urbano, a ele acoplado, que abrigava o conjunto das atividades de financiamento, comercialização, transportes, administração e indústrias, conforme analisa Mendonça (1984).

Sendo assim, para a compreensão do aparecimento da saúde como questão social no Brasil, é preciso percebê-la no contexto de determinações urbanas e rurais, de condições próprias do mercado e do processo de trabalho em nível das empresas agrícolas ou urbano-industriais. Além disto, a que se considerar o papel que a sociedade atribuiu ao Estado, bem como, suas limitações enquanto possível agente transformador da mesma.

Outros aspectos da saúde, que precisam ser analisados, são os relativos às empresas e, mais diretamente, à mão-de-obra na primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro. De maneira mais geral, esta questão está ligada à formação do mercado de trabalho no interior da economia agro-exportadora, tanto para o núcleo agrícola quanto para as atividades urbano-industriais.

A partir da década de 1920, a sociedade brasileira passou por momentos de crise do padrão exportador capitalista e crise do Estado, concomitante à aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial (*Idem*, p.27). A saúde pública, então, cresceu como questão social e ganhou novos e nítidos contornos, no momento em que a primeira fase de acumulação capitalista ultrapassava seus próprios limites, com o auge da economia cafeeira, nos marcos da crise política da Primeira República.

A saúde pública e as políticas que lhes foram direcionadas, a partir de então, se caracterizaram pela tentativa de serem estendidas para todo o país através da Reforma Carlos Chagas e da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo como atribuições federais: o saneamento rural e urbano, a propaganda sanitária, de higiene infantil,



industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate às endemias rurais.

Até aquele momento as unidades públicas de saúde existentes estavam sob a responsabilidade, dos governos estaduais e, voltadas principalmente, para as capitais consideradas então como sendo mais importantes no interior do país.

A Revolução de 1930, juntamente com as mudanças no caráter do Estado, tornara necessária a ampliação de suas bases sociais, uma vez que, a partir de então, as questões sociais passaram a fazer parte da problemática do poder, foram implantadas medidas de saúde e criados os mecanismos necessários à sua efetivação. Apesar da intenção de serem implantadas, às medidas de higiene e saúde, a toda extensão do território nacional, o seu alcance não foi satisfatório, na verdade, sua cobertura acabou sendo limitada dada a amplitude territorial do país e, ainda, os aspectos técnicos e financeiros, limitados, de sua estrutura organizacional.

A principal mudança, em relação à questão da saúde foi a partir da década de 1930 quando o Estado nacional tendeu a responder aos problemas de saúde pública não mais parcial e pontualmente, mas considerando todo o contexto nacional. Em outras palavras, as questões de saúde foram enfrentadas, através, de um bloco orgânico e sistematizado de políticas (MACIEL, 2007).

Tratava-se na verdade da realização do próprio esquema de poder introduzido, o qual deveria contemplar anseios dos trabalhadores urbanos, portanto, parte do conjunto de políticas sociais elaboradas no período tais como, legislações trabalhistas, organização de sistema previdenciário em institutos e sindicatos atrelados ao Estado, a higiene e a saúde do trabalhador. Foi à maneira encontrada para controlar as classes subalternas, respondendo aos seus movimentos reivindicatórios, porém, mantendo a lucratividade do setor industrial, sua capacidade de acumulação e garantindo níveis mínimos de reprodução da força de trabalho, ao passo que detinha o controle sua participação política.

No período foi instaurada uma industrialização limitada, dada a insuficiência técnica e financeira do próprio capital industrial. As bases econômicas da indústria eram restritas pelo fato de que não se implantara um setor de meios de produção que desse suporte ao



desenvolvimento tecnológico e proporcionasse uma dinâmica capitalista, por assim dizer, ao conjunto da nação.

O Estado buscava promover a industrialização e fazer avançar as políticas sociais, no entanto, seus projetos criavam situações ambíguas e indefinidas, até mesmo, para a classe dos empresários, ou seja, para a burguesia industrial. Pelas políticas sociais, fez avançar a legislação e os aparelhos de Estado em relação às reivindicações da classe trabalhadora, ao mesmo tempo, que a mantinha sob controle, a partir das relações de poder que limitava sua autonomia política. Graças ao seu acentuado caráter nacional, o Estado, pode dar respostas orgânicas (conjunto de medidas integradas) às questões sociais, e elaborar o que hoje em dia é denominada por *políticas públicas*.

O processo de centralização, na questão da saúde pública, pode ser bem identificado nas seguintes medidas: em 1930 foi criado o ministério de Educação e Saúde, composto de dois Departamentos Nacionais, um para a Educação e outro para a Saúde; em 1934, por consequência da eleição direta e a promulgação da nova Constituição, este último passou por reorganização e tornou-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, ocorrendo simultaneamente à criação de várias Diretorias e Serviços, como a Diretoria de Assistência Hospitalar, a Diretoria Sanitária Internacional e da Capital da República. É importante destacar que, até então, a ação sanitária era restrita à Capital Federal e aos portos da República.

A participação direta do Brasil na Segunda Guerra Mundial, a elevação do custo de vida, o aumento da inflação, o aviltamento salarial e as medidas coercitivas do governo Vargas, fizeram crescer sua impopularidade ao lado de uma forte pressão no sentido da liberalização da vida política nacional. Vargas perdeu o poder com a retomada do Estado de direito e a promulgação da Constituição de 1946. Os acontecimentos políticos refletiam o fortalecimento de outros setores e o rompimento do pacto corporativo entre Vargas e as elites dominantes tradicionais. Simultaneamente, os setores urbanos emergentes, em ampla expansão, colocaram em pauta novas demandas (MESTRINER, 2005).



Saúde e desenvolvimentismo pós-1945

Para Carlos Lessa, o conjunto das transformações econômicas e políticas de 1930 até meados de 1950, constituíram uma trama que só que se conformou plenamente na etapa seguinte do desenvolvimento capitalista brasileiro (*apud*, BRAGA, p. 51).

No período da Segunda Guerra Mundial apareceu, de forma incisiva, a discussão sobre a forma de inserção do Brasil na política internacional e o modelo econômico a ser adotado interna e externamente. Segundo (TAVARES, 1991:87), “(...) As mudanças ocorridas na produção têm seu correspondente, no plano da regulação, na ideologia social-democrata, que se completa com os princípios da teoria keynesiana e do “Welfare State”. O amplo sistema de regulação, segundo este autor, permitia assumir reivindicações das massas assalariadas, dentre as quais, a seguridade social e a assistência à saúde.

A situação acima mencionada faz parte de uma discussão de âmbito internacional, isto é, da questão dos subdesenvolvimentos nacionais que foi colocada de forma incisiva, no período pós Segunda Guerra tornando-se objeto de reflexão dos estudiosos neoclássicos. A ausência de “Revolução Industrial” na maior parte dos países subdesenvolvidos levou à procura de explicações e à inclusão de novos fatores explicativos nos modelos teóricos.

No Brasil, como em outros países considerados periféricos sob o ponto de vista do capitalismo, em decorrência das referidas discussões tinha início às propostas de desenvolvimento numa perspectiva de planejamento sistemático, abrangente e fundamentado na ciência e tecnologia visando alcançar os moldes dos países europeus e dos Estados Unidos. Para tanto, as diversas e várias organizações internacionais que surgiram no pós-guerra, tais como a ONU (Organização das Nações Unidas), dentre outras, desempenharam um papel relevante.

As ciências sociais e humanas, de igual forma, adquiriram destaque frente à constatação de que o contexto caótico gerado pelo conflito mundial não poderia ser resolvido sem que fossem consideradas as dimensões humanas mais subjetivas. Por sua vez, estes são os objetos de análise da sociologia, antropologia, história, psicologia, para citar algumas das áreas que ganharam destaque no período e que passaram a subsidiar as propostas de reconstrução do mundo ocidental moderno e de desenvolvimento para as nações tidas como subdesenvolvidas.



A teoria do “capital humano”, surgida do contexto acima, indicava que o problema do desenvolvimento não é apenas uma questão de formação de capital produtivo, ou seja, condições materiais, máquinas e equipamentos, mas também uma implica a qualidade do trabalho. Sendo assim, a educação e a saúde da população passaram a ser consideradas como elementos importantes no processo de desenvolvimento econômico. Uma das explicações, neste sentido, foi dada pelo conceito de “círculo vicioso”:

(...) Assim, um homem pobre talvez não tenha saúde o bastante para comer; sendo subnutrido, sua saúde será fraca; sendo fraco, sua capacidade de trabalho será baixa, o que significa que será pobre o que, por sua vez, implica dizer que não terá o suficiente para comer; e assim por diante. Uma situação dessas, aplicada a todo um país, pode reduzir a proposição truística: “um país é pobre porque é pobre (NURKUSE *apud* BRAGA, p. 27).

A abordagem citada inovou no seguinte aspecto: acreditava que um país subdesenvolvido poderia reverter sua situação a partir de fatores internos, desde que solucionasse os problemas que, segundo esta teoria, criava e reproduziam o “atraso”. No entanto, esta explicação não considerava as influências advindas da inserção dos diferentes países no padrão de acumulação capitalista internacional nem, tampouco, as características nacionais diferenciadas. A explicação do “círculo vicioso” era falha porque não considerava o processo histórico e, ao mesmo tempo tinha uma característica etnocêntrica.

A noção do círculo vicioso, entretanto, trouxe uma importante consequência, qual seja a introdução dos problemas de saúde como elementos do processo de desenvolvimento econômico, não mais como efeito, mas como causa. E, ainda reforçou a idéia de planejamento como instrumento de “modernização” da economia e como forma de intervenção do Estado neste sentido.

Na construção da idéia de planejamento como instrumento de promoção do desenvolvimento econômico a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina) teve um papel de grande importância (*Idem*, p 27). Ao diagnosticar as “causas” do atraso no crescimento econômico latino-americano, onde se identificavam os “obstáculos”, ao mesmo tempo, eram propostas medidas para eliminá-los, entre as quais se alinhava o planejamento



centralizado e o investimento em alguns setores básicos para o desenvolvimento da infraestrutura econômica.

O extermínio da pobreza e o desenvolvimento acelerado, não ocorreram. Prosseguiram os estudos sobre a economia latino-americana e sobre as estratégias de planejamento, reconhecendo-se que o subdesenvolvimento não poderia ser isolado como problema econômico, e que deveria ser visto a partir do contexto da situação dos países: sua organização política, suas características econômicas e suas instituições sociais.

Os sanitaristas da época viam a relação causal no sentido doença-pobreza: para eles, solucionando o problema da doença, a pobreza estaria automaticamente resolvida. Isto levava a uma comparação, equivocada de comparação dos níveis das doenças e as ações sanitárias dos países pobres aos dos países ricos, concluíam que para alcançar o mesmo nível de saúde bastava gastar os mesmos recursos e montar a mesmas estruturas dos países ricos.

Esta posição era defendida pelos norte-americanos e pode ser exemplificada na atuação da SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), patrocinada pela Fundação *Rockefeller* e que disseminou pelo Brasil, as unidades-sanitárias modelo, inadequadas à realidade do país, ao longo de quase 30 anos. A criação do SESP deu-se durante a Segunda Guerra Mundial, por razões estratégicas, vinculadas à produção de borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce em convênio com a Fundação *Rockefeller*, uma vez que os trabalhadores eram dizimados pela malária e febre amarela.

Os problemas da saúde pública os debates que o envolviam refletiam, portanto, o debate nacional, qual seja, alguns supunham que o progresso, a riqueza e o bem estar seriam alcançados se fossem aplicados os métodos adotados pelos países capitalistas industrializados – visão que tem como paradigma a teoria do desenvolvimento econômico. De outro lado, estavam os que pretendiam um caminho “nacionalista” para o Brasil, embora esta abordagem seja mais diversificada que a anterior, e abrigue diversas expressões políticas, é importante ressaltar que seus defensores tinham em comum a busca de uma prática que estivesse segundo essa percepção, articulada à realidade brasileira.

A atuação da SESP refletia a primeira das posições acima expostas. A idéia era montar nas áreas rurais e naquelas ocupadas pelo movimento “Marcha para o Oeste” sob a



responsabilidade desta instituição, organizações de atenção à saúde, complexos e diversificados. Esta iniciativa pode ser corroborada pela análise feita por Becker sobre a expansão territorial empreendida pelo Estado, no período, de acordo com esta autora, “... no pós-guerra, em meados da década de 1950, se intensifica a relação entre Estado, espaço e a produção do espaço global (...)” (BECKER, 1988, p. 68).

Ao retornar ao poder, em 1951, Vargas assumiu o papel de porta-voz dos trabalhadores, dedicando, cada vez mais, sua atenção às massas populares, ao passo que tentava controlar os impactos de suas reivindicações, canalizando-as para órgãos estatais, de um lado, e à filantropia de outro. Injetou mais recursos financeiros nos institutos e caixas de aposentadoria e pensão para um atendimento mais amplo à saúde dos trabalhadores (MESTRINER, p.120-121). Em 1953, desmembrou o Ministério da Educação e Saúde e estabeleceu maior vinculação da saúde, em termos governamentais, com a filantropia.

Após o suicídio de Vargas, o poder central foi assumido por Juscelino Kubitschek que implantou o modelo de associação e internacionalização da economia brasileira através da implantação do Programa de Metas. Seu governo omitiu completamente a área social transferindo sua responsabilidade para a sociedade civil, sob a premissa de que o desenvolvimento econômico resolveria todos os problemas de ordem social, como por exemplo, o da saúde. (*Idem*, p.126-130).

Após 1955, a tendência à acumulação monopolista condicionou tanto a urbanização quanto a expansão da fronteira agrícola. A produção de bens de consumo duráveis por empresas estrangeiras se tornava o centro dinâmico da economia, (*Idem*).

O SESP, neste processo instalava nas regiões periféricas do país os postos de saúde e hospitais, de custos onerosos e que após a implantação passavam, paulatinamente, a administração e custeios dos governos estaduais e municipais. Além disso, o financiamento do SESP, gradualmente, seria repassado da Fundação Rockefeller à responsabilidade do governo brasileiro.

Esta versão foi dominante por longos anos e orientou a prática de saúde pública do governo brasileiro. Somente em 1956, deixou de ser defendida, quando a ideologia desenvolvimentista colocou, de outra forma, a questão do círculo vicioso doença-pobreza,



invertendo-os, afirmando que o desenvolvimento econômico traria consigo, necessariamente, um melhor nível de saúde da população. Apesar de tudo, poucas alterações foram feitas no sistema de saúde, na década de 1950.

João Goulart, posteriormente, colocou-se como discípulo de Vargas, ao lançar mão do parlamentarismo sob apoio de alguns setores e contra as forças políticas que não queriam sua posse. Extremamente legalista, tentou acabar com o subdesenvolvimento do país através de medidas anti-inflacionárias e reformas estruturais. Para Goulart a questão da saúde relacionava-se com o desenvolvimento, portanto, procurou investir contra a desnutrição, o saneamento, a assistência médica e sanitária, que foram suas metas prioritárias, no entanto, não realizou nenhum tipo de inovação no sistema já presente, apenas a ampliação de algumas políticas já existentes.

O final dos anos 50 e o início da década de 1960 assistiram a uma considerável, expansão da assistência médica previdenciária, no que viria a ser um novo padrão de atenção à saúde no Brasil. Ao mesmo tempo, os problemas econômicos foram configurando o agravamento da situação financeira dos institutos, criando uma exigência interna de centralização que culminou na unificação de 1966/67 com o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

O INPS pode ser compreendido como o ápice da evolução do sistema previdenciário brasileiro e de sua atenção médica. Sua implantação significou a amplitude do sistema previdenciário enquanto política pública de saúde, decorrente de um processo histórico, do qual merecem destaque: O aumento da população trabalhadora urbana, decorrente do surgimento e expansão da indústria, requereu a assistência médica previdenciária; a presença política dos trabalhadores, que reivindicavam assistência médica, o que implicou a criação e expansão da previdência; o avanço tecnológico ocorrido após a guerra na área de atenção médica, elevando sua eficiência e diminuição de custos, transformando o hospital no centro do sistema da saúde.

Isto fez com que a medicina previdenciária se tornasse, essencialmente hospitalar e curativa. O nível de organização e mobilização dos trabalhadores assalariados e sua força política é que determinavam o grau de participação na formulação das políticas sociais do



Estado. As especificidades do desenvolvimento econômico brasileiro que, somente no período do governo JK, passou a mover-se na dinâmica específica do capitalismo industrial se consolidou com o golpe político empreendido pelos militares no ano de 1964.

Instalou-se no país o Estado autoritário que, no longo período de 1964 a 1984 transformou o Brasil e levou ao fim à política populista. Retomando a proposta desenvolvimentista e de internacionalização do governo Kubitschek, os militares construíram uma forte tecnocracia estatal que privilegiava, principalmente, o planejamento.

A saúde foi tratada dentro da vertente economicista, seguindo a orientação tecnoburocrática, que caracterizou todo o governo militar, buscando racionalidade e a eficiência dos meios utilizados, abrindo para as reformas administrativas, a modernização do aparato estatal e a introdução do planejamento. Os governos militares, também, financiaram novos espaços de atuação para o setor da saúde, criando empreendimentos privados por meio de empréstimos que garantiam investimentos sem risco, o que levou a ampliação da rede de hospitais privados. (*op cit* MESTRINER, p. 160).

Em 1966 o governo fundiu os vários institutos de aposentadoria e pensões em um único organismo burocrático, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que ampliando o atendimento hospitalar e ambulatorial, se utilizou da rede oficial e privada. Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SIMPAS) e com ele o governo estendeu a cobertura previdenciária à quase totalidade da população urbana e parte da rural. A assistência médica, então, foi privatizada por iniciativas individuais de grupos e cooperativas médicas gerando, simultaneamente, a redução das despesas da União nesse setor e, por outro lado, a precariedade do atendimento à saúde (*idem* 163).

O sistema previdenciário resultou da integração ampliada entre Estado, empresas de serviços médicos – clínica, hospitais, laboratórios – particulares e empresas industriais – farmacêuticas, de equipamentos e aparatos médicos – que correspondeu a uma avançada organização capitalista no setor da saúde. À semelhança do que ocorria em outros países, crescia aceleradamente a importância econômica do setor de saúde, no Brasil, mobilizando um volume cada vez maior de recursos, permitindo uma crescente acumulação de capital em seu interior.



A configuração que tomou a saúde pública a partir da criação do INPS foi à seguinte: O financiamento do setor da saúde se baseou, cada vez mais, na arrecadação previdenciária. A prestação de serviços de assistência médica, hospitalar e laboratorial passou, cada vez mais, a ser realizada por instituições privadas. Semelhante aos padrões das sociedades industrializadas, a assistência à saúde, centrou-se no sistema hospitalar, com a grande elevação da utilização de equipamentos e fármacos.

Cresceu, conseqüentemente, a importância da indústria de equipamentos e farmacêutica, ao passo, que aumentava a dependência externa, sob as formas de controle de capital, de tecnologia empregada, da importação de equipamentos e de matérias-primas. O setor da saúde apresentou taxas de crescimento muito mais altas do que as do restante da economia, na época.

Uma característica peculiar do setor da saúde, surgida a partir do contexto acima analisado, foi à presença da “corporação” dos médicos, que tradicionalmente, por seu controle do monopólio de um saber específico, detém um poder político importante (CAMPOS, 1994). Desta corporação, uma parcela mais organizada, ligada aos interesses capitalistas do setor (empresas médicas, hospitais privados, indústrias farmacêuticas) procurava representar os demais envolvidos e os pressionavam no sentido da privatização, o que, significava o financiamento da produção privada com os recursos públicos, através do Estado.

As Políticas Públicas de saúde após a Reforma de 1980 e a continuidade

No final do período militar e início do processo de “abertura política”, ou seja, de redemocratização, as desigualdades sociais acentuavam-se, a cada dia, o que suscitou diversos movimentos sociais em todas as regiões do país. Radicalizou-se a crise na saúde, o que sensibilizou os profissionais da área que passaram a rever suas propostas de ação. Houve um intenso movimento dos sanitaristas, cujo objetivo, era a descentralização da saúde, dirigida para a transformação das condições opressivas de vida da população pobre.

Em 1978 fora realizado no Cazaquistão, à época integrante da União Soviética, um evento convocado pela OMS, cujo objetivo principal era traçar novas diretrizes para a saúde mundial, trata-se da Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde. O resultado foi à



elaboração da Declaração de Alma-Ata que estabelecia à atenção primária a saúde como estratégia primordial para se alcançar a meta de saúde para todos na transição para o século XXI.

A Declaração de Alma-Ata, na verdade propunha uma completa reorientação para as ações de saúde que passava a ser percebida em uma perspectiva holística, simultânea a adoção de tecnologias pertinentes as realidades individuais de cada sociedade, bem como, a incorporação de saberes locais de curandeiros, parteiras, dentre outros (CUETO, 2004).

A concepção de saúde e desenvolvimento presente na Declaração de Ama-Ata era que a intervenção do trabalho em saúde não seria apenas a cura do sofrimento físico e sim um processo para a progressiva melhora das condições de vida, individual e coletiva. Para tanto, mobilizava outros setores como a educação, o saneamento, a habitação e o desenvolvimento sustentável.

No ano de 1980, foi formada a Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), cuja principal função era fixar os repasses federais dos dois ministérios (Saúde e Previdência Social) para o financiamento de serviços prestados pelas redes estaduais e municipais. Instituiu-se, no ano de 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano do CONASP, cuja prioridade era a integração das diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado e a diminuição da capacidade ociosa do setor público.

O Plano, mesmo sem ter sido implementado integralmente, criou as bases para novas políticas públicas de expansão de cobertura nos anos seguintes, quais sejam: Implantação, em 1984, das Ações Integradas de Saúde (AIS), e estimulou a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde, no âmbito dos estados, das regionais estaduais de saúde e dos municípios; início do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), em 1987. Esse programa, como as AIS, enfatizava os mecanismos de programação e orçamentos integrados e as decisões colegiadas tomadas no âmbito das Comissões Interinstitucionais.

As principais bandeiras do grande movimento pela Reforma Sanitária foram: a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito



social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE, 2002, p. 246).

A construção de uma sólida aliança política em torno dessas teses foi legitimada no ano de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a última de várias conferências que tiveram início no ano de 1977 e que se caracterizaram mais como eventos técnicos, com presença seletiva de especialistas, em sua maioria, vinculados ao Ministério da Saúde e à problemática sanitária de responsabilidade dessa agência. A VIII CNS diferenciou-se das anteriores porque, não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde (*op cit* 247).

O processo iniciado na década de 1980 teve como norte as várias instituições já existentes e que funcionavam parcialmente ou de maneira diferenciada em razão das grandes disparidades econômicas, culturais, sociais e políticas entre os diversos Estados do país. A mudança institucional na saúde pública tornou-se uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição promulgada em outubro de 1988, buscou prioritariamente, unificar o sistema já existente, reconhecer a saúde como direito social e definir um novo paradigma para a ação do Estado na área.

A transformação nas instituições de saúde implantadas na década de 1980 promoveu a descentralização da gestão do sistema, estabelecendo como foco, as secretarias estaduais de saúde, que assumiram as responsabilidades de órgãos reitores dos sistemas estaduais de saúde que resultou no modelo do SUS. O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social, princípios que foram incorporados ao novo texto constitucional de 1988 (*op cit* MERCADANTE, 2002, p. 247-248).



As décadas de 1980 e 1990 foram, no entanto, desfavoráveis à saúde pública. A crise dos juros das dívidas externa dos países subdesenvolvidos inauguraram um período de restrição para os gastos públicos, dos sistemas de proteção social e de retorno à ideologia do livre mercado e o Estado mínimo.

As famosas instituições criadas a partir da década de 1940 cuja finalidade seria a promoção, a integração e o desenvolvimento dos países considerados periféricos, entraram em cena novamente, com a formulação do conceito: Atenção Primária Seletiva para a saúde, fundamentado na tese da medicina simplificada proposta para os países de população pobre (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Basicamente, tratava-se de desenvolver e aplicar procedimentos temporários de procedimentos simples e de baixo custo, cuja principal finalidade seria gerar uma grande alteração nos indicadores de saúde. Dentre as principais ações propostas estavam o monitoramento do crescimento das crianças; o aleitamento materno e a vacinação (Idem).

O detalhamento dos princípios e diretrizes sob os quais o sistema passou a ser organizado e as competências e atribuições das três esferas de governo, a partir da regulamentação através de leis, (Leis nº8080, de 19/9/1990, e nº 8142, de 28/12/1990), buscou-se delinear o modelo de atenção e demarcar as linhas gerais para a redistribuição de funções entre os entes federados. O SUS foi definido como constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Lei nº 8080, art. 4º, *caput*). A iniciativa privada continuou a participar do SUS em caráter complementar (CF, art. 199, § 1º; Lei nº 8080, art. 4º § 2º, mediante contrato de direito público, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos tiveram preferência (CF, art. 199, § 1º, Lei 8080, art. 25) (Idem, 2002).

Conclusão

A saúde, nas sociedades capitalistas, antes de ser considerada componente fundamental para o bem estar humano e social é colocada no quadro das determinações e das condições do processo de trabalho e da manutenção e reprodução deste sistema econômico.



Quando a questão da saúde tornou-se alvo de preocupação do poder público no Brasil, o país já se encontrava inserido no sistema capitalista, porém, em condição subalterna – denominada economia periférica – embora, as relações sociais tipicamente capitalistas ainda não estivessem generalizadas por toda a sociedade brasileira, especialmente no campo, onde vivia a grande maioria da população.

As primeiras políticas públicas de saúde, implantadas no país, tinham a finalidade de responder aos conflitos e antagonismos inerentes à introdução do sistema capitalista de produção. Foram resultantes de iniciativas tomadas pelas camadas que compunham o organismo do Estado, que inscreveram projetos e demandas específicos que objetivam a duas finalidades principais: Primeiro, atender às reivindicações das classes aliadas dos mecanismos de poder, ou seja, as camadas subalternas da sociedade. E, em segundo lugar, assegurar a manutenção e reprodução, do sistema capitalista e a própria condição de pertencimento aos grupos de poder. Sendo assim, o nível de organização e mobilização dos trabalhadores e sua força política determinaram, em grande parte, as instituições de saúde na sociedade brasileira e que foram mantidas até o fim do governo militar.

Segundo nosso entendimento, as mudanças que significaram a unificação, efetivação e ampliação do sistema de saúde pública e da previdência social no Brasil, iniciadas na década de 1980 foram de caráter endógeno, processual e não significaram mudança estrutural. Isso porque seus atores careciam da capacidade de realmente modificar o sistema original de regras através de deslocamento e trabalharam ao redor do sistema impondo novas regras ao longo das que já existiam (MAHONEY e THELEN, 2003).

Bibliografia

- BECKER, BERTHA K. Significância contemporânea da fronteira: uma interpretação geopolítica a partir da Amazônia brasileira. In: AUBERTIN, Catherine (org.) *Fronteiras*. Brasília: UNB; Paris: ORSTOM, 1988, p. 60-89.
- BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sergio Góes de. *Saúde e Previdência – estudos de política social*. São Paulo: HUCITE, 1986.
- BROWN, T. M.; CUETO, M. & FEE, E. The World Health Organization and the Transition from ‘International’ to ‘Global’ Public Health. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 96, n. 1, p. 62-72, 2006.
- CAMPOS, Francisco Itami. “Cidade: Espaço de Dominação”. In: *Boletim Goiano de Geografia*. Depto. Geografia. UFG. 14(1), jan/dez – 1994/61-75.



CUETO, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 94, n. 11, p. 1.864-1.874, nov. 2004.

DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: PIONEIRA, 1975.

MACIEL, Laurinda Rosa. *Em Proveito dos Sãos, perde o Lázaro a Liberdade – uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941 – 1962)*. 2007. 380p. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ.

MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber: a trajetória da Arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: GRAAL, 1988.

MAHONEY, James e THELEN, Kathleen. A Theory of Gradual Institutional Change. In: MAHONEY, James. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

MENDONÇA, Sônia Regina. *Estado e Economia no Brasil: opções de desenvolvimento*. Rio de Janeiro: GRAAL, 1988.

MERCADANTE, Octávio Azevedo (coord). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MESTRINER, Maria Luiza. *O Estado entre a Filantropia e a Assistência Social*. São Paulo: Cortez, 2005.

NETO, Wenceslau Gonçalves. *Estado e Agricultura no Brasil: política agrícola e modernização econômica brasileira 1960-1980*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: uma revisão da Literatura*. Sociologias. Porto Alegre Jul/Dez. 2006. ISSN 1517-4522.

TAVARES, Hermes M. Inovações tecnológicas e suas implicações territoriais. In: PIQUET, Rosélia e RIBEIRO, Ana Clara T. (orgs.) *Brasil, território da desigualdade: descaminhos da modernização*. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1991, p. 85-95.

